

## 家中協助性服務 (IHSS)計劃 醫療證明表格

### A. 申請人 / 領取者 (由郡政府填寫)

申請人/領取者的姓名: :	生日日期:
地址:	
居住的郡:	IHSS 案件 #:
IHSS 工作人員姓名:	
IHSS 工作人員電話 #:	IHSS 工作人員傳真 #:

### B. 授權發表體格檢查資料 (由申請人/領取者填寫)

我, \_\_\_\_\_, 授權發表有關我的身體和/或精神狀況的醫療資料與  
(書寫姓名)  
家中協助性服務計劃, 因為它涉及到我家庭/有關的及個人護理服務的需要。

簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(申請人/領取者或法定監護人/管理委員)

證人 (如果以 "X" 作為簽名): \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 給: 持執照的醫療保健專家 –

上述的個人已申請或正在接受家中協助性服務 (IHSS) 計劃的服務。州法例規定, 為了授權IHSS服務或繼續保持一個持執照的醫療保健專家, 必須提供醫療證明上述的個人是無法單獨執行日常獨立生活的某些活動, 並且沒有IHSS, 安置這人在”不在家中的看護”, 這人會處於危險中。這醫療證明表格必須填寫並寄回到上面列出的IHSS工作人員。IHSS工作人員將使用提供的資料來評估這人現在的情況, 如果不獲提供IHSS的話, 他/她是否需要”不在家中的看護”。IHSS工作人員有責任批准服務和服務的時數。這表格提供的資料將被作為對服務需要的一個考慮因素, 而且所有相關的文件會被用作IHSS的決定。

IHSS是一個提供家庭/有關的及個人護理服務的計劃, 目的是使因為被安置在”不在家中的看護”而處於危險中的老年人, 盲人和殘疾的人可以安全在家。IHSS服務包括: 家務, 做飯, 飯後清理, 日常洗衣, 為食品或其它必需品購物, 提供呼吸的援助, 大小便護理, 餵食, 床上沐浴, 穿衣, 月經護理, 協助步行, 搬遷, 沐浴和修飾, 擦皮膚和改變睡姿, 關心/協助使用義肢, 陪同到醫療應診/可選擇的資源, 減少庭院的危險, 大清洗, 保護性的監督 (觀察非自導的行為, 被困惑, 精神障礙或精神病患的人和適當干預, 以保護領取者受傷, 有危險或意外), 還有醫療輔助服務 (根據一個有執照的醫療保健專家訓練的判斷, 例如執行療程, 刺皮膚等等的活動, 這些通常會替他/她執行如果他/她沒有功能上的限制, 並且, 由於他/她的身體或精神情況, 是必須要保持他/她的健康)。IHSS計劃提供實踐和/或口頭援助的服務 (提醒或提示) 以上列出的服務。

## 家中協助性服務 (IHSS)計劃醫療證明表格

申請人/領取者姓名:

IHSS 案件 #:

**\*\*只持有執照的專業醫務人員填寫這表格的餘下部份。\*\***

### C. 醫療資料 (由持執照的醫療保健專家填寫)

1. 說明你提供給這人的服務本質 (例如, 藥物治療、護理保健、出院計劃等等):

2. 你提供服務給這個人有多久?

3. 說明與這個人接觸有多頻密 (例如, 每月, 每年等):

4. 註明你上次提供服務給這人的日期: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

5. 這人無法獨立執行一個或多個日常生活的活動 (例如, 吃飯, 沐浴, 穿著, 上廁, 散步等), 或者日常生活的有助活動 (例如家務, 做飯, 購買食品等等)?  是  否

6. 按你的看法, 為了避免”不在家中的看護”的需要, 建議一個或更多的IHSS服務 (參閱在第1頁描述IHSS的服務)?  是  否

*如果你回答問題 #5 或 #6 “否” 的話, 跳過下面 #7 和 #8 的問題, 填寫在表格底部 D 部份的證書。*

*如果你回答問題 #5 和 #6 “是” 的話, 回答下面 #7 和 #8 的問題, 填寫在表格底部 D 部份的證書。*

7. 提供說明任何身體和/或精神狀況或功能限制, 導致或促使這一個人需要IHSS計劃的援助:

8. 情況或功能的限制是否預計將持續另外12個月?  是  否

**注意: 社會工作者或會為補充資料或澄清你提供以上的回應與你聯絡。**

### D. 持執照的醫療保健專家證明

通過簽署這份表格, 我證明我持有加利福尼亞州的牌照而且上面提供的所有資料是正確的。

姓名:

頭銜:

地址:

電話 #:

傳真 #:

簽名:

日期:

專業執照號碼:

執照主管部門: